UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COORDENADORIA DO CURSO DE FILOSOFIA

PEDIDO RE REAJUSTE EM CARÁTER EXCEPCIONAL

Eu, ..., matricula.....
Telefone :..... regularmente matriculao(a)no Curso de FILOSOFIA, requer seja- concedido em caráter excepcional, reajuste de matricula nas disciplinas abaixo relacionadas:

MATRÍCULA (INCLUSÃO)				
ordem	Código da Disciplina	Turma	Nome do Professor	Assinatura
01				
02				
03				
04				
05				

MATRÍCULA (EXCLUSÃO)				
ordem	Código da Disciplina	Turma	Nome do Professor	Assinatura
01				
02				
03				
04				
05				

Estou ciente de que, em caso de incompatibilidade de horário e desrespeito ao(s) pré-requisito(s), poderá ocorrer o cancelamento de matrícula em disciplina(s), independentemente de comunicação.

Nestes termos, pede deferimento.

Em, ___/____/____

_____
Assinatura do(a) requerente

OBS: **O formulário será recebido somente**
Até o prazo estabelecido pelo calendário (09/03/2012)